

令和7年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

新 宮 町 長 殿

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店 本店
	口座種別	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名 (漢字)			

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(令和 年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ (一般)	3,416円	枚	円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者)	5,016円	枚	円
不可予診	3,201円	枚	円
請求金額 (合計)		枚	円

※上記の請求金額には消費税等を含む。

※請求は、月締めで翌月10日までに行う。